第１号様式

同　　　　　意　　　　　書

|  |  |
| --- | --- |
| 年　　　月　　　日  （ 宛先 ）　名　古　屋　市　長  　　　　　　　　　　　　 　医師氏名  　　　　　　　　　　　　 　医療機関  　　　　　　　　　　　　 　開設者氏名  身体障害者福祉法第１５条第１項に規定する医師として  指定されることに同意します | |
| 担　当　科　名 |  |
| 医療機関名 |  |
| 医療機関所在地 | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　 担当者  電 話（　　　　）　　　－ |